

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DUEÑAS	EDUVIGES DOLORES	16	03	1994	31 años, 11 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314480318	MANABI	CHONE	CONVENTO	LA MOCORA y	999-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314480318	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	03	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva

☐

Saturación capacidad
instalada

☐

Ausencia temporal del
profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS DE EDAD APP DIABETES MELLITUS TOMA METFORMINA 500MG CADA DIA EPILEPSIA PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONVULSIONES TONICO CLONICAS AL MOMENTO ACUDE CON SOÑOLENCIA REFIERE UNA CONVULSION ANTES DE VENIR SE REALIZA GLUCOSA CAPILAR LA CUAL REPORTA 300 MG/DL AFEBRIL, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CONVULSIONES NO TOMA MEDICACION PARA EPILEPSIA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE NEUROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	15:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	15:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	